Fauske kommune
Enhet helse
Kommuneoverlege

# Klageskjema

Klagen sendes til kommuneoverlege, P.B. 226, 8201 Fauske.

| Etternavn: | Fornavn: | Født: |
|---|---|---|
| Adresse: | Postnummer/sted: | Tlf: |

**Grunn til klagen:**

**Nye helseopplysninger av betydning for evt. ny vurdering av søknaden:**

| Sted/dato: | Klagerens underskrift: |
|---|---|